

病児・病後児預かり事前打合せ書

打合せ日：平成 年 月 日
時間： 時 分～

利用会員	会員番号		住所				
	フリガナ						
		電話： ()					
緊急連絡先	氏名		続柄		連絡先		
	①						
	②						
	③						
提供会員	会員番号		住所				
	フリガナ						
		電話： ()					
フリガナ 子ども氏名	男 女		平熱		°C		
	愛称()		熱性痙攣		無・有	回数	初回 歳 ヶ月 最後 歳 ヶ月
生年月日	年 月 日 (歳)		ぜんそく		無・有	回数	初回 歳 ヶ月 最後 歳 ヶ月
施設名			既往歴		名称 年齢		
施設電話番号					入院		
クラス名・担任名	組 先生		常用薬		無・有	()	
食事	ミルク・離乳食・普通食		麻疹予防接種		済・未		
排泄	おむつ・トレーニング・自立						
アレルギー	有・無	食物アレルギー()					
		その他アレルギー()					
性格							
好きな遊び							
病気時の留意点							
かかりつけ病院	電話 ()						
活動内容							
確認事項	①活動場所：提供会員宅・利用会員宅・支援センター・その他()						
	②活動予定日時： 月 日 曜日 時から 時まで						
	③現物準備：食事・おやつ・ミルク・その他()						
	④実費で立て替えてもらうもの：交通費・食事・その他()						
	⑤災害時等の対応避難場所：避難場所()						

※事前打合せ書をもとに児童の様子を伝えてください。活動として家事はありません。

※病児・病後児預かりの援助活動は、提供会員と児童の1対1になります。